

Spett.le Ordine Provinciale dei
Medici – Chirurghi e degli
Odontoiatri di _____

**MARCA DA
BOLLO
€ 16,00**

RICHIESTA DI PARERE DI CONGRUITÀ SU PARCELLA

Alla Commissione per gli iscritti all'Albo: dei Medici Chirurghi degli Odontoiatri
(barrare la casella di proprio interesse)

Il/La sottoscritto/a

Dott./dott.ssa Cognome _____ Nome _____ iscritto
all'Albo dei Medici Chirurghi al n° _____ o Odontoiatri al n° _____ (compilare il campo di proprio interesse)

Residente a _____ Prov. (____), in Via/P.zza _____
n° _____ C.A.P. _____, Tel. _____ Cell. _____
e-mail: _____@_____

pec: _____@_____

con domicilio professionale in _____ Prov. (____) in
Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

consapevole delle responsabilità e sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di
dichiarazioni mendaci e conscio/a di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento
emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. n. 445/2000), dichiara,
sotto la propria responsabilità, quanto segue:

dal _____ al _____ ha effettuato in favore del/della paziente
Sig./sig.ra Cognome: _____ Nome _____

Residente in _____ Prov. (____), Via _____ n° _____
C.A.P. _____, recapiti telefonici fisso _____ e/o mobile _____

le prestazioni professionali, indicate nel dettaglio che segue (che costituisce parte integrante della presente
istanza), il cui onorario ha un importo complessivo pari a € _____

**POICHÈ IL/LA PAZIENTE RISULTA TUTTORA (IN TUTTO O IN PARTE) INSOLVENTE
CHIEDE**

che Codesta Commissione voglia esprimere il proprio parere circa la congruità degli onorari.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a e dà il
proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente istanza per le finalità di cui al medesimo
D. Lgs. n. 196/2003.

Data ____/____/____

Firma _____

AI FINI CHE PRECEDONO, IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Sotto la propria responsabilità e sempre consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n° 445/00 in caso di dichiarazione mendaci e conscio/a di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. n. 445/00), dichiara (allegando copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità):

- 1) Di aver rilasciato al paziente, ai sensi del D.P.R. 137/2012 e dell'art. 54 del vigente Codice di Deontologia medica, il preventivo delle prestazioni professionali a farsi, del quale allega copia alla presente;

IN ALTERNATIVA

Che, nello specifico caso, vi sono stati idonei motivi che non hanno permesso la redazione di un preventivo scritto, come da circostanziata relazione allegata alla presente;

- 2) Di allegare una circostanziata relazione sull'attività svolta, con specifico riferimento ai criteri di cui all'art. 8 del "Regolamento per il procedimento di rilascio del parere di congruità dei compensi richiesti dagli iscritti";
- 3) Che l'onorario per il quale si chiede il parere di Codesta Commissione riguarda le prestazioni di seguito dettagliate:

N°	DECRIZIONE PRESTAZIONE	ONORARIO PRESTAZIONE	PARTE RISERVATA ALLA COMMISSIONE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
TOTALE			
ACCONTI PERCEPITI			
SOMMA RESIDUA			

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Infine, dichiara di essere a conoscenza che:

- I termini per la conclusione del procedimento di cui alla presente richiesta sono pari a 120 giorni;
- Detti termini possono essere sospesi in caso di richieste, da parte di Codesta Commissione, di integrazioni e/o chiarimenti e fino a che gli stessi non vengano resi;
- Per il rilascio del parere qui richiesto è tenuto/a, ai sensi dell'art. 4 co. 2 D. Lgs. C.P.S. 13/09/46 n. 233, al pagamento di una tassa, che Codesto Ordine ha determinato nella misura del 2 (due)% dell'onorario assentito;
- Sia la presente istanza che il conseguente parere sono soggetti ad imposta di bollo, a mio carico.

Data ____/____/____

Firma _____